

Allo Sportello Sociale
del Comune di Sala Bolognese
P.zza Marconi, 1
40010 Sala Bolognese (BO)

RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via _____
n. _____ tel. _____ sesso _____ stato civile _____ Codice
Fiscale _____

Segnalo la condizione di bisogno socio-sanitario del mio congiunto

Sig./ra _____ grado di parentela (_____).
Nato/a a _____ il _____ residente a
_____ in via _____ n. _____ tel.
_____ Codice Fiscale _____ domiciliato
presso _____ a _____ in via
_____ n. _____ sesso _____ stato civile _____
Codice Fiscale _____

Nucleo familiare convivente

Cognome	Nome	Grado di parentela	Stato civile	Professione

Altri parenti non conviventi

Cognome	Nome	Grado di parentela	Stato civile	Indirizzo

In nome e per conto del mio congiunto CHIEDO pertanto:

1. La valutazione della sua situazione sanitaria e sociale
2. L'inserimento, in via prioritaria, nel sotto indicato servizio

	Tipologia di Servizio	
	ASSISTENZA DOMICILIARE	
	ASSEGNO DI CURA	
	CENTRO DIURNO	
	CASA RESIDENZA ANZIANI TEMPORANEA DAL _____AL _____	
	CASA RESIDENZA ANZIANI DEFINITIVA	

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:

- Il mio congiunto è stato informato della presentazione della presente richiesta e delle finalità della medesima (solo se presentata da un familiare)
- L'anziano/a è già in carico ai servizi sociosanitari pubblici per i seguenti interventi:

- Il medico curante del/della anziano/a è _____

Sono inoltre informato che:

- (1) I componenti dell'Unità di Valutazione Geriatrica sono tenuti a comunicare all'interessato/a il motivo della valutazione;
- (2) Fermo restando il criterio della gravità della situazione socio/sanitaria, con particolare riferimento all'inserimento nelle strutture residenziali, l'accesso alla Casa residenziale definitiva, potrà essere condizionato dall'esistenza di gravi problematiche assistenziali ed organizzative da parte delle strutture stesse;
- (3) L'accettazione definitiva della richiesta è subordinata alla presentazione della documentazione necessaria ed al colloquio con l'Assistente Sociale.

Allego alla presente:

Attestazione ISEE della persona anziana (solo in caso di richiesta di accesso per Assegno di cura)

Dichiaro inoltre:

di essere consapevole che la retta del servizio richiesto mi verrà comunicata, per l'accettazione, tramite comunicazione scritta

di richiedere il Servizio come prestazione sociale agevolata e pertanto provvederò al più presto a rendere disponibile l'ISEE dell'utente, affinché il Comune ne possa acquisire copia come da normativa e regolamento, ma di accettare fin d'ora il costo del servizio che chiedo di avviare in via d'urgenza, avendo preso visione delle rette massime in vigore;

di assumere integralmente il costo del servizio

Sala Bolognese (Bo), lì _____

Firma leggibile _____

La/Il sottoscritto/a AUTORIZZA ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Firma leggibile _____

La/Il sottoscritto/a presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai seguenti soggetti esecutori del servizio: Asp Seneca, Consorzio Aldebaran e A.u.s.l. distretto Pianura Ovest.

Firma leggibile _____